

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N° 29

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Paul JUVING

Né à Wassy (Haute-Marne), le 18 juin 1885

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-SOCIALES

SUR LES

BLESSURES INVOLONTAIRES

PAR

ARMES À FEU COURTES

REVOLVERS OU PISTOLETS

Président : M. THOINOT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVÉ & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1912

29

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Paul JUVING

Né à Wassy (Haute-Marne), le 18 juin 1885

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-SOCIALES

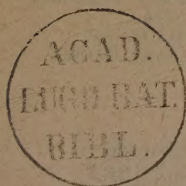
SUR LES

BLESSURES INVOLONTAIRES

PAR

ARMES A FEU COURTES

REVOLVERS OU PISTOLETS



Président : M. THOINOT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TESSIER
Anatomie pathologique.	X.
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	N.
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERRER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVLE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

Hommage de tendresse filiale.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES DEUX FRÈRES
GABRIEL ET MAURICE

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR THOINOT

Membre de l'Académie de Médecine

Témoignage de sincère reconnaissance pour avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BALTHAZARD

Professeur agrégé de Médecine légale
à la Faculté de Médecine de Paris

En témoignage de notre reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR LE NOIR

(Hôpital Saint-Antoine)

MONSIEUR LE DOCTEUR RIST

(Hôpital Saint-Antoine)

MONSIEUR LE DOCTEUR LAPOINTE

(Hôpital Saint-Antoine)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GOUGET

(Hôpital Saint-Antoine)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ THIÉRY

(Hôpital Tenon)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ POTOCKI

(Maternité de la Pitié)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

AUGUSTE BROCA

(Hôpital des Enfants-Malades)

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN

(Hôpital des Enfants-Malades)

MONSIEUR LE DOCTEUR AVIRAGNET

Chargé du service de la diphtérie à l'Hôpital des Enfants-Malades

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARION

Voies urinaires : Hôpital Lariboisière

MONSIEUR LE DOCTEUR MORAX

Ophtalmologiste de l'Hôpital Lariboisière

MONSIEUR LE DOCTEUR POULARD

Ophtalmologiste de l'Hôpital Beaujon

A MONSIEUR LE DOCTEUR GERMAIN

Assistant du service des Voies urinaires à l'Hôpital Lariboisière

A MONSIEUR LE DOCTEUR FRANÇAIS

Assistant à l'Hôpital des Enfants-Malades

**A MM. LES DOCTEURS AGASSE-LAFONT
ET ROSENTHAL**

Chefs de Clinique à l'Hôpital Saint-Antoine

A MES MAITRES DE L'HOPITAL SAINT-DENIS

MONSIEUR LE DOCTEUR FELTZ

Médecin de l'Hôpital

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHET

Médecin de l'Hôpital

MONSIEUR LE DOCTEUR VILLIERS

Chirurgien de l'Hôpital

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-SOCIALES
SUR LES
BLESSURES INVOLONTAIRES
PAR
ARMES A FEU COURTES
RÉVOLVERS OU PISTOLETS

INTRODUCTION

A cette époque de revolver à outrance, où tout une catégorie de citoyens parlent de revendications sociales et, méconnaissant leurs devoirs, veulent attenter aux droits d'autrui afin « de vivre leur vie » suivant l'expression d'un sinistre bandit, il semble être d'un intérêt plein d'actualité d'étudier les causes et les conséquences des méfaits dus aux armes à feu.

Qu'ils soient suicides ou homicides, ceux-ci peuvent se grouper sous deux grands chefs : les méfaits volontaires et les méfaits involontaires ou accidentels.

Les armes et surtout les armes à feu courtes produisent parfois de si graves désordres dans l'économie que de tout temps les hommes de loi se sont préoccupés d'en réglementer le port.

Sans remonter trop loin dans la législation, nous trouvons la déclaration du 18 décembre 1660 qui fut

renforcée par celle du 28 mars 1728 concernant le port d'armes. Il est intéressant d'en prendre connaissance: « Voulons et nous plaît que la déclaration du 18 décembre 1660 au sujet de la fabrique et du port d'armes soit exécutée selon sa forme et teneur ; ordonnons en conséquence qu'à l'avenir toute fabrique, commerce, vente, débit, achat, port et usage des poignards, des couteaux, des fusils, des baïonnettes, *pistolets de poche*, épées en bâton, bâtons à ferrements autres que ceux qui sont ferrés par le bout et *autres armes offensives cachées et secrètes* soient et demeurent pour toujours généralement abolis et défendus. Enjoignons tous couteliers, fourbisseurs, armuriers et marchands de les rompre et briser incessamment après l'enregistrement des présentes, si mieux ils n'aiment faire rompre et arrondir la pointe des couteaux en sorte qu'ils n'en puisse arriver d'inconvénients; à peine, contre les armuriers, couteliers, fourbisseurs et marchands trouvés en contravention, de confiscation pour la première fois, d'amende de 100 livres et interdiction de leur maîtrise pour un an et de privation d'icelle en cas de récidive, même de peine corporelle s'il y échet ; et, contre les garçons qui travaillent en chambre, d'être fustigés et flétris pour la première fois et pour la seconde d'être condamnés aux galères ; et, à l'égard de ceux qui portent sur eux lesdits couteaux, baïonnettes pistolets et autres armes offensives cachées ou secrètes, ils seront condamnés à six mois de prison et 500 livres d'amende. »

Le décret du 2 nivôse an XIV interdit l'usage et le port de fusils et pistolets à vent. Il comprend ces instruments dans les armes offensives, dangereuses, cachées et secrètes et poursuit le porteur desdites armes devant les tribunaux de police correctionnelle pour y être jugé conformément à l'ordonnance du 28 mars 1728. Ce décret est corroboré par celui du 12 mars 1806 ordonnant l'impression de la déclaration du 28 mars 1728 et son exécution conformément à la note du 2 nivôse an XIV.

La loi du 24 mai 1834 autorise, après demande, la publication et le port d'armes et poursuit toute infraction devant la police correctionnelle.

L'ordonnance royale du 28 février 1837 prohibe les pistolets de poche.

Le décret du 26 août 1865 exempte de la prohibition prononcée par l'ordonnance du 23 février 1837 les pistolets de poche, revolvers fabriqués pour l'exportation, après autorisation accordée par le ministre de l'Intérieur.

Ainsi donc toutes ces ordonnances, tous ces décrets paraissent donner à la société une certaine garantie contre les actions des malfaiteurs et celles des impulsifs ou des maladroits. Il n'en est rien. A la suite d'une véritable dissolution des mœurs et de sentiments d'humanitarisme poussés à l'excès, ces différents articles de lois ne furent vraiment jamais appliqués sérieusement en ces dernières années et nous avons assisté à une réelle épidémie de meurtres, soit suicides, soit homicides, prémédités ou accidentels.

Cependant on pourrait s'imaginer d'après ces lignes que tous les meurtres, toutes les blessures par armes à feu courtes sont dus à une préméditation criminelle. Peu nombreux sont les cas où il en est ainsi. En interprétant bien les statistiques de la criminalité, nous voyons que la plupart des méfaits dus aux pistolets et revolvers peuvent être attribués soit à la maladresse, soit à une impulsion morbide et que peu sont engendrés par une main réellement criminelle. Tantôt en effet il s'agit d'un amant jaloux qui, dans un accès d'amour maladif, tue à coup de revolver une maîtresse trop aimée et se sacrifie ensuite sur le corps de sa victime ; tantôt d'un jeune téméraire en quête de quelque prouesse qui veut donner une leçon d'arme à un camarade et le tue maladroitement ; parfois enfin la mort, la blessure est le fait d'un hasard brutal : un homme, par exemple, se laisse tomber, ayant un pistolet dans sa poche : son arme part et le tue.

Cette prépondérance des meurtres, des accidents dus aux actes impulsifs ou bien maladroits nous a conduit à faire l'étude des blessures involontaires par armes à feu courtes.

Nous nous permettons, au début de ce modeste travail, de renouveler l'expression de toute notre respectueuse reconnaissance à notre maître M. le professeur Balthazard pour les observations qu'il a eu l'amabilité de mettre à notre disposition et pour les sages conseils qu'il a bien voulu nous prodiguer.

PLAN

Nous partagerons cette étude en quatre grands chapitres.

Dans le premier, nous étudierons les caractères généraux des plaies par arme à feu. Nous décrirons l'entrée du projectile, son trajet, l'orifice de sortie. Nous donnerons quelques détails sur l'orifice d'entrée des balles de revolver.

Puis, dans notre second chapitre nous étudierons plus spécialement les blessures involontaires par armes à feu courtes, revolver et pistolet, et nous citerons quelques observations pour montrer l'orifice d'entrée du projectile, son trajet et la multiplicité des organes atteints.

Dans un troisième chapitre nous discuterons la valeur légale de ces blessures et nous tâcherons d'arriver à les distinguer des blessures suicides et homicides volontaires.

Ensuite nous aborderons l'étiologie, c'est-à-dire l'étude des circonstances dans lesquelles ces blessures ont été produites, en montrant les accidents dus à la complication de l'arme, à la maladresse et à l'imprudence du porteur de l'arme.

Enfin, comme conclusion des ravages produits par ces blessures nous montrerons la nécessité de protéger plus efficacement la société contre les porteurs d'armes à feu courtes.

CHAPITRE PREMIER

CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES PLAIES

— PAR ARME À FEU

Les armes à feu peuvent se diviser en armes à feu longues : fusil de chasse, fusil de guerre, carabine, et armes à feu courtes : revolvers et pistolets.

Le pistolet fut la première arme à feu courte. C'est lui que l'on rencontre dans tous les duels célèbres des ^{xvii}^e et ^{xviii}^e siècles. Il céda ensuite le pas au revolver et reprend aujourd'hui la première place surtout depuis l'invention des pistolets automatiques.

Les modèles de revolvers sont très nombreux ; ils varient avec le fabricant et avec le pays d'origine.

Il y a des revolvers de grandes dimensions, comme le revolver d'ordonnance, et des revolvers de petit calibre qui sont les armes de poche. Quels qu'ils soient, ils se composent d'un corps, d'un canon, d'une culasse et d'un barillet qui est muni de plusieurs chambres venant successivement se placer en face du canon et pourvues chacune d'une cartouche.

Le pistolet se différencie du revolver en ce que la chambre où se placent les munitions est unique et

forme avec le canon une seule pièce. Cette chambre s'appelle chargeur.

Les modèles les plus employés sont : le Webley et Scott, d'un calibre de 7 mm. 65 à 8 coups ou de 6 mm. 35 à 6 coups ; le Mauser, de 6 mm. 35 à 9 coups et le Browning de 7 mm. 65 à 8 coups et 6 mm. 35 à 7 coups.

Dans les blessures par armes à feu courtes, il faut étudier : la plaie d'entrée, la zone de pourtour, le trajet du projectile et la plaie de sortie. Nous en ferons une description schématique.

Plaie d'entrée. — Elle est généralement unique, quelquefois absente ; parfois il y a plusieurs orifices d'entrée.

Lorsqu'elle est absente, c'est que la balle n'a pas pénétré. On prétendait autrefois qu'en tirant l'arme, le canon touchant la peau, la balle ne pénétrait pas. Ceci est une erreur. Ce qu'il y a de plus vraisemblable, c'est que la balle ait pu ricocher et, n'ayant plus assez de force pour pénétrer, ait produit seulement une contusion. Le plus souvent il faut incriminer l'arme elle-même. Il y a des balles qui ne peuvent sortir du canon, soit parce que l'arme s'est encrassée, soit parce que les rayures du projectile ne correspondant pas avec celles du canon, il se produit une sorte de luxation de la balle dans le canon, ce qui bloque le mécanisme.

Quand il y a plusieurs orifices d'entrée, le projectile peut intéresser de nombreux organes ; ainsi, chez

une femme, une balle peut pénétrer dans un bras, en sortir, intéresser un mamelon, entrer dans le thorax et en sortir.

L'orifice d'entrée de la plaie peut être typique : c'est-à-dire rond ou légèrement ovalaire ou bien atypique : ainsi, une balle tirée de loin, peut ne pas produire une plaie ronde, mais allongée, en forme de boutonnière, rappelant un coup de couteau ou un coup de bistouri. :

On observe également la variété déchirée, étoilée, quand le coup a été tiré de très près : c'est alors que les gaz, pénétrant sous la peau en même temps que la balle avec leur maximum de violence, l'ont fait éclater ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané.

Les dimensions de la plaie d'entrée varient suivant le projectile et suivant la distance de tir. Avec les balles actuelles cylindro-coniques, on remarque que *généralement* à grande distance la balle produit un orifice plus petit que son calibre, tandis que l'orifice s'agrandit quand le coup a été tiré plus près (Sarda).

Zone de pourtour. — Une question importante est l'étude du pourtour de l'orifice. Il comprend : 1° la zone de contusion ; 2° les stigmates éventuels de la poudre.

Quand on regarde l'orifice d'entrée d'une balle produit par un coup tiré à peu de distance, on voit, à son pourtour, une petite zone mince de quelques millimètres, desséchée et plus ou moins sombre. Elle

est concentrique à l'orifice d'entrée si le coup a été tiré perpendiculairement à la peau. Si, au contraire, le coup a été tiré obliquement, cette zone est du côté de la direction de la balle, à droite, si le coup a



FIG. 1



FIG. 2

été tiré à droite, à gauche, s'il a été tiré à gauche. Les Allemands l'appellent zone de brûlure. Les auteurs français, avec le professeur Thoinot, la nomment « zone de contusion produite par la balle ».

Les stigmates éventuels de la poudre ne se ren-

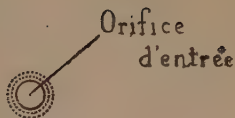


FIG. 3



FIG. 4

contrent que dans les tirs à courte distance, mais non à bout touchant. Ces stigmates sont constitués par la flamme, par les grains de poudre et par le noir de fumée.

La flamme brûle la peau suivant une surface arrondie ; elle produit une zone parcheminée et non

une véritable brûlure de deuxième degré. Dans

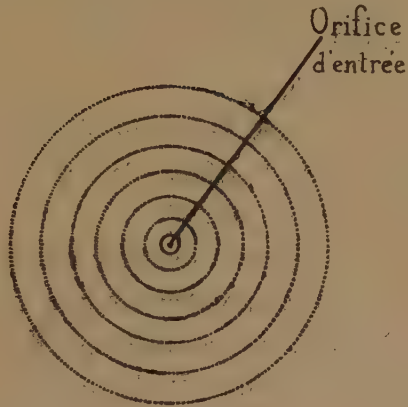


FIG. 5

cette zone, il y a des cheveux, des poils brûlés si la blessure siège à la tête.

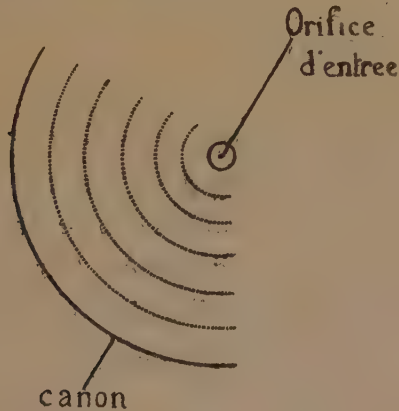


FIG. 9

Parmi les grains de poudre, il y en a qui ne sont pas brûlés. Certains sortent du canon en formant un cône de section. Tantôt ils décriront autour de

l'orifice d'entrée de la bulle une bandelette étroite, noire (fig. 3); tantôt ils formeront autour de lui une masse de petits grains (fig. 4). Enfin dans certains cas, on peut voir une dissémination énorme des grains de poudre, (fig. 5).

Dans les tirs obliques, les grains de poudre se disposent toujours entre l'orifice d'entrée de la balle et le canon de l'arme. (fig. 6)

On appelle tatouage l'ensemble des dépôts produits par les grains de poudre sur la région blessée. Il y a un tatouage noir avec de la poudre noire. Les poudres sans fumée (M et J) donnent un tatouage jaune et vert.

Tout récemment MM. Genonceaux, capitaine-commandant d'artillerie à Liège et le Dr Welsch, assistant à l'Institut de Liège, étudiant le tatouage dans les plaies par armes à feu courtes sont arrivés aux résultats suivants :

I. — Si l'on tire un coup de revolver à 25 centimètres de distance, sur un plan résistant, placé de telle façon que le coup soit perpendiculaire au plan, on constate que l'orifice de pénétration de la balle est entouré d'une zone d'incrustations à peu près concentrique; les incrustations présentent à peu près partout la même densité.

La zone d'incrustations est régulièrement concentrique dans sa partie inférieure et dans ses parties latérales; par contre la partie supérieure du tatouage s'étend sur un espace plus considérable, souvent

même beaucoup plus considérable. La zone d'incrustations présente donc, non pas la forme d'un cercle dont l'orifice d'entrée de la balle constitue le centre, mais plutôt l'allure d'un ovoïde à grosse extrémité dirigée vers le haut, l'orifice d'entrée de la balle se trouvant un peu en dessous du milieu de la ligne verticale divisant cet ovoïde en deux moitiés symétriques.

Non seulement la zone d'incrustations est plus étendue vers le haut, mais encore elle montre dans sa partie supérieure une plus grande densité; les grains d'incrustations sont bien plus nombreux dans la région supérieure.

En tirant le coup de feu à une distance un peu plus considérable, ces incrustations se montrent nettement abondantes à la partie supérieure, alors qu'elles sont rares et disséminées dans le reste de la zone.

La tache noire formée au dépôt des produits de combustion est régulièrement située au-dessus de l'orifice d'entrée lorsque le coup est tiré à une certaine distance tandis que pour les courtes distances, elle entoure l'orifice d'entrée d'une auréole plus ou moins circulaire, généralement plus développée vers le haut.

II. — Si le coup de feu est tiré, non plus perpendiculairement au plan, mais dans une direction oblique, par exemple de droite à gauche pour le tireur, les grains de poudre constituant les incrus-

tations se répartiront d'une façon un peu différente.

Si l'on imagine que les grains de poudre non combinés qui s'échappent du canon du revolver, constituant autant de petits projectiles, se dispersent au sortir du canon de façon à décrire un cône, on comprendra que ces grains se répartissent sur un plan résistant dans un espace plus ou moins circulaire si le plan est perpendiculaire à la trajectoire, tandis que la répartition se fera selon une ellipse ou même un ovoïde si le coup est tiré obliquement, le gros côté de l'ovoïde correspondant à la partie de la région frappée par les petits projectiles qui se trouve plus éloignée de la bouche du canon, le petit côté correspondant à la région plus voisine du canon.

Il en résulte que la partie du plan qui se trouve plus distante de la bouche du canon est frappée par des grains de poudre non comburés sur un espace plus considérable que la partie du plan qui en est plus voisine. Il en résulte également que la différence d'étendue entre la région frappée plus voisine et la région frappée plus éloignée sera d'autant plus considérable que le coup aura été tiré plus obliquement.

Il semble donc à première vue, que, dans le cas d'un tir oblique, on devra trouver une zone d'incrustations plus considérable, mais moins dense dans la moitié du plan qui était plus éloignée de la bouche du canon, tandis que la moitié plus rapprochée montrera une zone plus restreinte, mais plus con-

densée. Ce fait n'est vrai qu'à la condition que l'obliquité du coup ne soit pas trop considérable.

En effet, à mesure que l'obliquité augmente, le cône de projection des grains de poudre est plus incliné, l'espace elliptique qui est frappé par les grains de poudre s'allonge, l'ellipse se transformant en parabole. Dans ces conditions, la théorie ne se vérifie plus quant à l'étendue de la zone d'incrustations : la moitié la plus rapprochée de la bouche du canon montre des incrustations plus nombreuses et plus étendues que la moitié plus éloignée.

Trajet de la balle. — Il est généralement unique, parfois multiple par ricochet. Dans les plaies involontaires par armes à feu courtes, nous verrons, dans le cours de cette étude, qu'il est surtout multiple. Enfin il peut manquer : cela se produit lorsque le coup a eu une telle violence que la balle a fait éclater les parties, par entrée des gaz d'explosion. Ainsi une balle tirée dans la tête la fait sauter.

Ce trajet est généralement rectiligne. Quand il ne l'est pas, c'est que la balle, ayant dévié, a rencontré un os et, ne pouvant le pénétrer, l'a contourné. Ainsi un projectile peut pénétrer dans le crâne sans en sortir, le contourner et faire avec le trajet d'entrée un angle plus ou moins prononcé.

Il se continue généralement avec l'orifice de la balle. Mais parfois il y a discontinuité. Figurons par exemple l'orifice d'entrée, le trajet du projectile. M. le professeur Thoinot a démontré qu'entre les

deux (fig. 7) il pouvait y avoir un décollement, surtout dans les coups à bout portant, les gaz ayant soulevé les tissus et les ayant fait éclater (fig. 8).

Dans le trajet on peut trouver la balle, on peut y



FIG. 7

rencontrer aussi des esquilles entraînées par le projectile.

Nous avons dit que le trajet était rectiligne. Il y a une exception à faire pour le crâne, soit la table



FIG. 8

interne, la table externe : le trajet forme un cône s'évasant à l'intérieur (fig. 9).

Orifice de sortie. — Il existe dans quelques cas, mais souvent on ne le trouve pas, le projectile étant resté dans l'économie.

Tandis que l'orifice d'entrée est rond, ovalaire,

rarement déchiqueté, étoilé, l'orifice de sortie présente une forme atypique, déchirée, étoilée ; parfois la balle n'est pas sortie. On la voit percer sous la

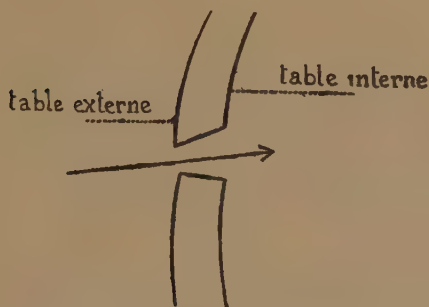


FIG. 9

peau et la soulever. Enfin jamais on ne trouve à l'orifice de sortie de zone de contusions ni de stigmates éventuels de la poudre.

Tels sont, représentés schématiquement, les caractères généraux d'une plaie par arme à feu.

CHAPITRE II

CARACTÈRES DES BLESSURES VOLONTAIRES ET DES BLESSURES INVOLONTAIRES PAR ARMES A FEU COURTES

Une plaie par arme à feu courte, revolver ou pistolet, peut intéresser n'importe quelle région du corps. Si l'individu succombe, l'autopsie seule permet de déterminer d'une façon précise la cause de la mort en recherchant le nombre et l'étendue des blessures ainsi que l'importance des organes atteints.

D'ailleurs, certains auteurs se sont préoccupés de décrire les différentes parties du corps suivant la gravité des lésions. On connaît le schéma de Bischer.

Blessures mortelles. — Bulbe et région rolandique ; cervelet et encéphale ; moelle ; cœur et gros vaisseaux ; abdomen.

Blessures graves. — Poumon, squelette.

Blessures légères. — Parties molles.

Ceci est purement théorique. Il est évident qu'un individu qui reçoit une balle dans la tête paraît destiné à succomber immédiatement. Cependant, je

me souviens fort bien avoir vu à l'hôpital, dans le courant de mes études, deux cas d'individus s'étant tiré un coup de pistolet dans la tête, au voisinage de la tempe. D'urgence on leur fit une trépanation et ils ne moururent qu'une dizaine de jours après l'accident, emportés par une méningo-encéphalite diffuse.

La région de la moelle qui est classée par Bischer dans la zone mortelle souffre elle-même des exceptions. Dans la *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* de 1908, le Dr Braun, de Berlin, rapporte l'histoire d'un enfant de treize ans, qui reçut une balle de pistolet de 5 millimètres dans le dos à la hauteur de la cinquième vertèbre dorsale. Immédiatement après l'accident, la jambe gauche était entièrement paralysée ; la droite pouvait encore effectuer quelques mouvements. Le tronc, à partir du septième segment dorsal, et les membres inférieurs présentaient une anesthésie complète, sauf une bande sur le côté externe de la jambe droite. Le réflexe rotulien, disparu à gauche, était encore marqué à droite ; les réflexes cutanés exagérés surtout à droite ; le signe de Babinski positif. Il y avait en outre du priapisme et de la rétention d'urine.

Le Dr Braun intervint ; après laminectomie, il incisa le fourreau de la dure-mère, enleva un fragment de vêtement et ayant senti à la palpation la balle dans la moelle, il incisa longitudinalement la moelle et put en extraire le projectile.

L'opération réussit ; les troubles nerveux dispa-

rurent; du côté des membres inférieurs le mouvement revint entièrement mais gêné par des contractions très intenses qui nécessitèrent plusieurs ténotomies et le port d'appareils prothétiques. La sensibilité s'améliora moins vite, mais au bout de plusieurs mois d'énergique traitement l'enfant guérit.

Par contre MM. Coryllos et Bith citent le cas d'une jeune fille chez laquelle l'entrée de la balle se trouvait au niveau de l'angle supéro-interne de l'omoplate droite et se dirigeait de haut en bas et de droite à gauche. La blessée présentait de la paraplégie complète avec abolition des réflexes des deux côtés. Le signe de Babinski n'existait pas, le gros orteil se montrant nettement en flexion. Il y avait anesthésie complète généralisée sur tout le corps. La ponction lombaire donnait un liquide sanguinolent. La malade mourut vingt-quatre heures après sa blessure. A l'autopsie on trouva que la balle, après avoir perforé le pédicule de la cinquième vertèbre dorsale, était restée dans le canal médullaire. La moelle était en bouillie mais non complètement.

Ceci nous montre qu'une blessure de la moelle, lorsqu'elle n'est pas immédiatement mortelle, peut faire espérer une longue survie. Le fait suivant observé par le Dr Balthazard nous le prouve une fois de plus. Il s'agit d'une jeune et élégante Parisienne maîtresse d'un gros banquier parisien. Elle va faire une saison à Boulouris-sur-Mer où elle entre en connaissance avec un millionnaire italien, un détraqué

impulsif, qui devient follement amoureux d'elle et pour qui elle a des complaisances. Dans un accès d'amour jaloux, il lui tire trois balles de revolver : l'une au niveau du nez, une seconde au niveau du bras droit et la troisième, dans la région dorsale à la hauteur de la cinquième ou sixième vertèbre dorsale, à 5 centimètres à gauche de la ligne médiane. Ceci se passait le 16 avril 1909.

La balle qui avait pénétré dans la région dorsale, contrairement aux deux autres qui sont immédiatement ressorties, était restée dans le corps.

Elle ne semble pas avoir blessé les poumons, car il ne s'est pas produit d'hémoptysie les jours suivants. Par contre, elle a sûrement traversé la colonne vertébrale et blessé la moelle épinière.

En effet, dès que la demoiselle C... a repris connaissance, elle s'est trouvée dans l'impossibilité d'accomplir aucun mouvement avec les membres inférieurs; la sensibilité était d'ailleurs complètement abolie dans la moitié inférieure du corps.

Depuis cette époque l'état est resté stationnaire et les mouvements sont demeurés impossibles, la sensibilité n'est pas revenue.

Au début du mois de juin l'état de la demoiselle C..., au point de vue nerveux, était le suivant :

Paraplégie flasque complète. Toutefois, à un moment donné, il a été possible à la blessée de remuer un peu le gros orteil gauche, ce qui a permis à M. le professeur Brissaud de porter le diagnostic de compression médullaire et en tous cas de section

incomplète de la moelle, et ce qui a justifié l'intervention chirurgicale dont nous parlerons plus loin.

Les réflexes patellaires, plantaires sont abolis.

Les sphincters vésicaux et rectaux sont également paralysés. Au début il existait de la rétention d'urine, qui a nécessité des sondages ; depuis l'incontinence des urines et des matières fécales est absolue. La malade ne peut garder ses urines qui s'écoulent d'une façon continue dans son lit.

La sensibilité sous tous ses modes, tact, sensations thermiques et douloureuses, est complètement supprimée dans les deux membres inférieurs, aussi bien à la surface de la peau que dans la profondeur. L'anesthésie remonte sur le tronc, couvrant la paroi abdominale antérieure, la région lombaire et remontant jusqu'à une ligne horizontale qui passe par l'extrémité antérieure de la dixième côte.

La sensibilité est, au contraire, normale sur la poitrine, et la zone sensible est séparée de la zone anesthésiée par une bande horizontale de 3 centimètres environ de largeur, où il existe de l'hyperesthésie cutanée, telle que les moindres frôlements de la peau sont très douloureux.

L'anesthésie est telle sur la paroi abdominale qu'une bouteille d'eau chaude, placée pour calmer les douleurs profondes, a déterminé deux brûlures avec eschares de la grandeur d'une pièce de 5 fr., la malade ne s'étant pas aperçu que l'eau était trop chaude.

Il existe en plus des douleurs spontanées en cein-

ture, au niveau de la zone d'hyperesthésie, des douleurs continues de transfixion allant du creux épigastrique à la région dorsale, et enfin des élancements, donnant la sensation de coups de poignards dans l'abdomen. Tous ces symptômes, bien que d'ordre subjectif, doivent être considérés comme réels, car ils sont classiques dans les blessures de la moelle épinière.

Enfin il faut signaler des troubles trophiques, consistant dans la production d'eschares aux divers points d'appui de la moitié inférieure du corps : aux deux fesses, aux talons ; jusqu'à présent ces eschares, fort bien soignées, sont heureusement restées superficielles.

L'état général était malgré tout demeuré assez satisfaisant jusqu'au commencement du mois de mai. A partir de ce moment, la vessie, atteinte d'incontinence, s'est trouvée infectée et la température s'est élevée au-dessus de la normale, autour de 38°5, atteignant même une fois 39°5.

A la fin du mois de mai les oscillations de la température sont devenues plus étendues, en même temps que les forces déclinaient. Le pouls suivait une marche parallèle à la température et variait de 70 à 100 pulsations par minute. La malade était continuellement tourmentée par de violentes douleurs en ceinture et abdominales qui nécessitaient l'injection de 2 à 4 centigrammes de morphine par jour. Aussi le chirurgien crut-il devoir tenter la

chance d'une opération pour lever si possible la compression médullaire exercée par la balle.

L'opération réussit bien, en tant qu'acte opératoire, mais elle ne put donner, étant admis l'existence d'une section de la moelle, aucun résultat important.

La sensibilité n'est pas revenue, non plus que la motilité dans les membres inférieurs; les douleurs sont aussi violentes qu'avant l'opération et il a fallu rapprocher progressivement les piqûres de morphine.

Enfin l'appétit devint des plus capricieux; l'infection vésicale poursuivit ses progrès et les forces allèrent en s'affaiblissant.

Néanmoins, malgré la gravité de l'état général, la malade résista longtemps et ne succomba guère qu'un an après le traumatisme.

L'abdomen, région également mortelle, présente aussi des exceptions. Dans la séance du 10 mars 1909 à la Société de chirurgie M. Lejars cite le cas suivant du Dr Proust:

Une jeune fille de dix-neuf ans avait reçu presque à bout portant trois coups de revolver dont deux dans l'hypocondre gauche et un dans la région axillaire droite. Après quelques heures elle présente des signes d'hémorragie interne grave; comme d'autre part elle a une hématomérose, on pense à une plaie au niveau de l'estomac. Le Dr Proust fait une laparotomie immédiate. Il trouve non seulement une double plaie de l'estomac, mais une double plaie du foie (face supérieure et face inférieure). Après suture de ces plaies il

constate en outre, à gauche de l'arrière cavité des épiploons, une attrition des tissus et un hématome sous-péritonéal diffus, ce qui fait croire qu'une des balles est venue se perdre à ce niveau. Une hématurie se produisit deux jours après l'opération et s'arrêta au bout de cinq jours. Au niveau de la plaie il s'écoula du liquide pendant une semaine. Enfin au cours de la troisième semaine il se fit un petit épanchement pleural. Finalement un mois après l'opération la malade sortait guérie.

Ainsi donc le schéma de Bischer partageant le corps humain en régions mortelles, graves ou légères, est surtout conventionnel. Tout paraît dépendre de la rapidité et de l'habileté de l'intervention. Cependant au point de vue médico-légal il doit subsister, car il permet au médecin légiste de fournir au magistrat des indications à peu près sûres qui le renseignent sur la gravité de l'acte commis.

Ce qui nous frappe dans les quatre observations précédentes, c'est la direction du coup tiré : celle-ci est nettement antéro-postérieure, intéressant la région du dos dans les deux premiers cas, et la région de l'abdomen dans le dernier. D'autre part c'est la multiplicité des projectiles, ainsi dans l'exemple cité par le Dr Proust la victime avait reçu deux balles dans l'abdomen et une dans l'aisselle droite. Ces deux faits : direction antéro-postérieure, multiplicité des projectiles impliquent une blessure volontaire due à une agression criminelle.

Dans les cas de plaies involontaires par arme à feu courtes, que trouvons-nous ?

1° La direction du coup tiré est surtout latérale, oblique, rarement antéro-postérieure ;

2° Le coup est rarement à bout portant. Il y a peu de tatouage, ou il n'y en a pas ;

3° La porte d'entrée du projectile est surtout la tête et la poitrine, moins fréquemment les membres ;

4° Les organes intéressés sont souvent multiples. C'est ce qui explique la très grande gravité de ces blessures involontaires par arme à feu courte.

Ces caractères, nous les retrouvons dans les observations suivantes que M. le professeur Balthazard a eu l'amabilité de mettre à notre disposition.

OBSERVATION I (Résumée)

Il s'agit d'un homme d'une trentaine d'années, tué accidentellement par une balle d'un pistolet Browning, qui présente à la partie postérieure du corps une plaie de 8 millimètres de diamètre, située à 5 centimètres au-dessus de la crête iliaque et à 12 centimètres à gauche de la ligne médiane. Cette plaie paraît s'enfoncer très obliquement de bas en haut, d'arrière en avant et de gauche à droite.

Il n'existe pas de tatouage, pas d'incrustation de grains de poudre autour de l'orifice d'entrée du projectile, mais les bords de la plaie sont décollés à la partie supérieure seulement sur une étendue d'un centimètre.

Le projectile, après avoir pénétré dans le côté gauche de

la région lombaire a éraflé le bord inférieur de la onzième côte, à 7 centimètres de la ligne médiane, traversé l'espace intercostal correspondant. La rate est également traversée et 200 grammes de sang se sont écoulés dans la cavité péritonéale. Puis l'estomac a été perforé sur la grande courbure, au niveau de l'épiploon gastro-splénique et une seconde fois sur le fond même. Ensuite la balle a gagné la cavité thoracique en perforant le diaphragme. Dans le médiastin le projectile a blessé l'aorte, traversée de part en part ; sur le bord gauche de ce vaisseau existe une déchirure longue de 4 centimètres, rectiligne, à bords déchiquetés ; une perforation analogue siège sur le bord droit du vaisseau, un peu plus haut que la précédente. Le sang qui s'est écoulé par ces déchirures de l'aorte a rempli la cavité pleurale gauche où l'on trouve environ 1.500 grammes de sang, mi-partie liquide, mi-partie coagulé.

La balle a gagné la cavité pleurale droite et il s'est écoulé une centaine de grammes de sang fusant à travers le médiastin dans cette cavité.

Enfin le projectile, perforant le dôme pleural droit a cheminé à travers les muscles de la partie droite du cou pour venir se loger en arrière du conduit auditif droit, immédiatement en avant de l'apophyse mastoïde où nous le retrouvons.

La distance qui sépare l'orifice d'entrée du projectile du point où nous le retrouvons n'est pas inférieure à 60 centimètres.

OBSERVATION II (Résumée)

Il s'agit d'un individu d'une vingtaine d'années tué accidentellement dans un débit de vins par un soldat chargeant un revolver, genre Velo-Dog.

Le projectile a atteint cet individu à la partie supérieure de la cuisse droite, à 4 centimètres au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Cet orifice mesure 6 millimètres environ de diamètre et son fond est déjà en partie desséché.

Un stylet, introduit avec précaution par l'orifice d'entrée du projectile s'engage directement en dedans et un peu en arrière. Le projectile est passé en avant de l'os iliaque et a pénétré dans la cavité abdominale, pour se perdre au milieu des anses intestinales où nous le retrouvons.

Dans son parcours le projectile a traversé une anse de l'intestin grêle sur laquelle nous observons à 10 centimètres de l'embouchure de l'intestin grêle dans le cæcum, deux perforations qui ont été parfaitement suturées pendant l'opération.

Malgré cela les anses intestinales sont recouvertes de fausses membranes et il existe une certaine quantité de pus fétide dans le petit bassin. La mort est donc due à une péritonite généralisée consécutive à l'écoulement de matières fécales dans le péritoine par les perforations produites par le projectile.

OBSERVATION III (Résumée)

Un voleur est tué accidentellement par un agent qui tire involontairement en l'arrêtant.

.
.

La blessure mortelle consiste en une plaie par projectile de Browning qui a sûrement intéressé le cerveau.

L'orifice d'entrée du projectile siège en arrière de l'oreille droite, à 7 centimètres au-dessous de l'insertion du lobe de l'oreille. C'est une plaie linéaire à bords irréguliers, qui présente une direction verticale et mesure 8 millimètres de longueur. Cet aspect de la plaie indique que le projectile a atteint la peau dans une direction très oblique.

La balle a pénétré dans le crâne un peu en arrière de l'apophyse mastoïde, a traversé le rocher droit et est ressortie de cet os au niveau de la crête du rocher, à 2 centimètres en dedans de l'insertion de la crête sur l'écaille du temporal.

Le projectile, continuant son trajet ascendant, a traversé le lobe temporal, puis le lobe pariétal de l'hémisphère cérébral droit ; il a frappé la voûte du crâne à la partie moyenne du pariétal, s'est réfléchi en bas et à gauche, a perforé la faux du cerveau et s'est logée dans le lobule carré de l'hémisphère cérébral gauche où nous le retrouvons.

Une hémorragie méningée s'est produite autour des deux hémisphères ; elle a suffi, jointe aux lésions produites dans la

substance cérébrale par le passage du projectile à produire la mort.

La direction du projectile est de bas en haut et légèrement d'arrière en avant, comme le montre de schéma ci-contre.

La direction du trajet du projectile exclut toute hypothèse de tir à longue distance. Le coup a été évidemment tiré

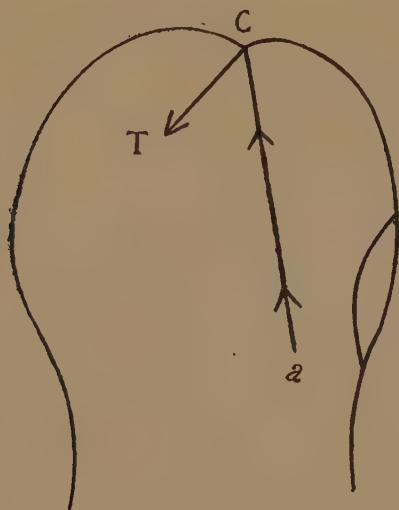


FIG. 3

La direction du coup est de bas en haut et légèrement d'arrière en avant.

dans un corps à corps, la main de celui qui a tiré étant placée bas. Des témoins prétendaient que l'agent avait tiré à 4 ou 5 mètres de distance sur l'individu qui se sauvait.

OBSERVATION IV (Résumée)

Un jeune homme de quinze ans est tué accidentellement par un autre jeune homme qui charge un revolver.

A la région frontale, une incision circulaire a été pratiquée, longue de 12 centimètres, de forme curviligne, à concavité tournée en bas. Cette incision a pour centre une plaie produite par un projectile de revolver, d'un diamètre de 7 à 8 millimètres, recouverte d'une croûte noire. Autour de la plaie on ne trouve aucun tatouage, aucune incrustation de grains de poudre.

L'incision a été faite pour découvrir la boîte crânienne. Sur le frontal, le crâne a été trépané et l'on aperçoit un orifice irrégulier d'environ 2 centimètres de diamètre, dans lequel s'enfonce un gros drain de caoutchouc.

Après ouverture du crâne par un trait de scie horizontal, on constate que le projectile a traversé le lobe frontal gauche, puis le lobe temporal et le lobe occipital d'avant en arrière dans une direction presque horizontale. Le projectile a ensuite buté contre la face interne de l'os occipital du côté gauche et défoncé le crâne en ce point. Des esquilles osseuses sont soulevées vers le cuir chevelu, mais la balle n'a pas eu la force de traverser le cuir chevelu, si bien que nous la retrouvons dans le crâne au-dessus de la tente du cervelet. Le point où elle a heurté l'occipital siège à 4 centimètres à gauche de la ligne médiane. En ce point existe une perforation du crâne ayant la forme d'un entonnoir ouvert vers le cuir chevelu.

Au moment où nous avons dégagé cet orifice du crâne, une grande quantité de liquide purulent s'est échappé.

Nous trouvons une petite hémorragie méningée autour de l'hémisphère cérébral gauche, mais surtout une dilacération du tissu nerveux de l'hémisphère cérébral gauche, suivant le trajet du projectile, où grâce à la suppuration s'est constitué un canal de 2 centimètres de diamètre.

La direction exacte du trajet du projectile est horizontale et oblique très légèrement de droite à gauche, l'orifice d'entrée siégeant près de la ligne médiane sur le front, l'orifice de sortie à 3 centimètres à gauche de la ligne médiane.

Le reste de l'autopsie n'a relevé aucune particularité intéressante. Il n'existe aucune trace de violence sur le corps ; les viscères sont tous normaux...

.
.

OBSERVATION V (Résumée)

Une femme est tuée accidentellement par son mari rechargeant un revolver.

Le cadavre est celui d'une femme de taille inférieure à la moyenne (1 m. 51) bien constituée et non amaigrie.

Blessée le 8 janvier 1912 et décédée à l'hôpital Saint-Louis salle Denonvillers le 15 janvier.

La putréfaction n'est pas commencée.

Il existe sur les cuisses de nombreuses traces de piqûres hypodermiques et sur le thorax des traces de ventouses.

Le projectile a traversé le bras et a pénétré dans le côté gauche de la poitrine.

Au bras gauche, on trouve une plaie en séton, l'orifice d'entrée étant séparé de l'orifice de sortie par une distance de 4 cm. 1/2.

L'orifice d'entrée siège à la partie antérieure du biceps, à 6 centimètres au-dessus du pli du coude. Il est arrondi,

recouvert d'une croûte et mesure 6 millimètres de diamètre.

L'orifice de sortie est situé à la partie interne du bras, au même niveau que le précédent et présente les mêmes dimensions que lui.

L'orifice d'entrée dans le thorax est placé sur la ligne axillaire, à 12 centimètres au-dessous du creux de l'aisselle. Il présente une forme ovale, avec un grand axe de 8 millimètres, un petit axe de 6.

La balle a perforé et fait éclater la neuvième côte, puis elle a traversé la partie inférieure du poumon gauche, le diaphragme et la rate.

Une hémorragie abondante s'est produite dans la cavité péritonéale d'où nous retirons environ 300 grammes de sang. De nombreux caillots existent autour de la rate et de l'estomac, unissant ces organes entre eux, caillots en voie d'organisation.

Il n'existe pas de perforation de l'estomac et de l'intestin.

Malgré des recherches minutieuses, il n'a pas été possible de retrouver le projectile, caché sans doute au milieu des caillots sanguins. Si l'on en juge par les dimensions des orifices du bras et par la force de pénétration, ce projectile doit avoir 6 millimètres de diamètre et a été tiré dans une arme moderne, utilisant la poudre sans fumée...

.
.

Ainsi donc : direction généralement latérale, oblique, rarement antéro-postérieure du coup tiré, absence totale ou presque de tatouage, gravité

extrême des blessures par la multiplicité et l'importance des organes lésés : tels sont les caractères principaux que l'on rencontre dans les traumatismes involontaires dus aux armes à feu courtes, revolver, pistolet.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC DES BLESSURES, SUICIDES

ET HOMICIDES VOLONTAIRES DES BLESSURES INVOLONTAIRES ACCIDENTELLES

Il ne suffit pas au médecin légiste, en présence d'une plaie, de dire qu'il s'agit d'une blessure par arme à feu courte, revolver ou pistolet. Ce diagnostic est relativement facile et n'exige pas de connaissances très approfondies de médecine légale. Son rôle est plus élevé. Bien souvent, en effet, pour les besoins de la procédure et afin de rendre un jugement équitable, il est questionné par le magistrat pour savoir si l'on a bien affaire à une plaie par arme à feu, à quelle distance le coup a été tiré, quelle est sa direction, si c'est un suicide, un homicide ou un accident.

Dans le chapitre premier, nous avons décrit sommairement les caractères d'une plaie quelconque par arme à feu, le trajet et la direction du coup tiré, puis nous avons établi dans notre second chapitre les signes généraux des blessures accidentelles.

Pour déterminer la distance à laquelle le coup de

feu a été tiré, on est souvent obligé de recourir aux connaissances de l'armurier qui fait des expériences avec l'arme incriminée sur une planche garnie de peau de gant. On sait, en effet, qu'un projectile, pénétrant dans la peau, laisse, autour de la plaie d'entrée, un tatouage formé par les grains de poudre non brûlés et par les gaz. Plus le coup aura été tiré de près, plus le tatouage sera accentué. D'autre part, en plus du tatouage qui est indélébile, on observe une zone sombre produite par le noir de fumée et qui disparaît par le lavage.

Quant à la question de diagnostic entre le suicide ou l'homicide, il est certaines données classiques dont il faut tenir compte ; sans parler des aliénés qui emploient souvent les procédés les plus bizarres pour se donner la mort, il faut savoir qu'on peut se suicider par instrument tranchant ou piquant, par l'oxyde de carbone, par empoisonnement et par tout autres moyens comme en avalant un corps étranger, une éponge par exemple, en se noyant dans un seau d'eau ou dans une baignoire.

On ne devra admettre l'origine suicide des blessures par arme à feu courte qu'à la condition que le siège et la direction de ces blessures indiquent qu'elles aient pu être faites par le sujet lui-même. Il est certaines régions qui plaident en faveur du suicide : la tête, la poitrine, plus rarement l'abdomen. Dans la tête, la tempe, la bouche ; dans la poitrine, la région précordiale.

D'après Vibert, sur 358 cas de suicide par arme à feu, les blessures siégeaient aux points suivants :

Tête 287	{	Front.....	14
		Œil.....	9
		Tempes.....	26
		Menton.....	13
		Oreille.....	1
		Bouche.....	224
Poitrine 68	{	Cœur....	45
Abdomen 3		Poumons.....	23

En général, l'individu qui veut mettre fin à une vie insupportable choisit encore, à son dernier moment, la position la plus favorable pour se donner la mort. C'est pourquoi les tempes et la bouche sont des régions d'élection. On observe cependant certaines bizarreries et Hofmann cite le cas d'un individu qui se tira un coup de revolver derrière le crâne.

On pensera également au suicide quand le coup aura été tiré de près et dans ce cas nous aurons un tatouage assez accentué, et si la plaie siége par exemple aux tempes, nous pourrons observer aussi de l'œdème et de l'ecchymose aux paupières, indiquant une fracture de l'étage antérieur du crâne, produite par la balle. Il faudra regarder les mains de l'individu, voir s'il a du noir à la main droite, surtout au pouce et à l'index, ce qui est un bon signe de suicide quand il s'est tiré un coup avec un mauvais revolver ou pistolet.

Dans le revolver il est une petite particularité qui, ajoutée au tatouage ordinaire des armes à feu courtes, peut aider à faire le diagnostic de suicide. Il existe un interstice séparant le barillet du canon.

Le Dr Noailles a montré qu'au moment où la charge de poudre s'enflamme, une partie des gaz s'échappe par cet interstice. Ces gaz et la fumée qui s'échappent vont se déposer en partie dans les deux chambres situées de chaque côté de celle où se trouvait la cartouche tirée, ce qui pourrait faire croire à une personne non prévenue que trois coups de feu ont été tirés au lieu d'un. Ces gaz peuvent laisser des traces sur la main du tireur et même sur une région peu éloignée de la porte d'entrée du projectile. Ainsi, par exemple, un revolver, dont le canon mesurerait 6 centimètres de long, étant appliqué obliquement de bas en haut, au niveau de la région temporale, l'interstice du barillet sera à peu près au niveau de l'arcade zygomatique. Si une certaine quantité de gaz passe à ce niveau, on pourra voir une ligne droite formée par un dépôt de fumée.

Ce dépôt noirâtre, ajouté au tatouage, impliquera un coup tiré de près et seront en faveur d'un suicide.

Dans les pistolets ordinaires on peut observer également un léger crachement de gaz et de grains de poudre mais au niveau de la culasse, crachement qui peut laisser des traces seulement sur la main du tireur. Ce crachement ne se produit que rarement dans les pistolets automatiques du genre Browning.

Un détail important à noter est le suivant :

Quand on fait l'autopsie d'un sujet ayant succombé à un coup de feu tiré par exemple dans la tête, il faut disséquer largement toute la plaie afin de bien voir, mais il est inutile d'y introduire un instrument quelconque, une sonde cannelée, pour se rendre compte de la direction et du trajet de la balle. La direction est indiquée en effet : par un canal hémorragique, et, pour M. le professeur Thoinot, l'hémorragie indique que le coup a été tiré pendant la vie. On peut supposer, en effet, qu'un individu ayant attaqué quelqu'un et l'ayant tué d'une façon discrète, par exemple en lui donnant un coup de poing sur la trachée, ait intérêt à faire croire à un suicide en lui tirant un coup de revolver ou de pistolet à bout portant dans la tempe après sa mort. La présence ou l'absence d'un trajet hémorragique sera, dans ce cas, un élément précieux de diagnostic de suicide ou d'homicide.

Beaucoup de suicidés ont l'habitude d'écarter leurs vêtements pour se donner la mort. Mais il est bien entendu que s'ils sont encore vêtus, toute trace de tatouage et de brûlure de la peau disparaîtra. Nous verrons une plaie dénudée, en entonnoir et sur les vêtements nous trouverons des traces de brûlure, parfois très étendues, car il y a des étoffes qui se carbonisent très facilement et enflamment même l'individu.

Un autre signe est la perforation des vêtements.

Enfin il faudra regarder la chemise, autour de l'orifice de la balle on voit très souvent une petite

tache noire sur la face interne de la chemise, tache qui ne disparaît pas par le lavage.

Ainsi donc l'orifice d'entrée d'un projectile siégeant à la bouche, à l'oreille, aux tempes, à la région précordiale, la présence d'un tatouage indiquant un coup tiré de près seront autant de signes en faveur d'un suicide. Il faut en excepter les coups à bout touchant où il n'y a plus de tatouage.

Comment distinguera-t-on le suicide de l'homicide ? Ici, pas de lieu d'élection. La balle homicide frappe n'importe où. Nous avons vu que les blessures accidentelles qui sont, en somme, des homicides involontaires, étaient surtout latérales, obliques. L'homicide volontaire intéresse n'importe quelle région, le meurtrier choisissant seulement un moment propice pour frapper. Cependant la direction antéro-postérieure, la région du dos principalement sont parfois le siège de ces plaies par homicide volontaire. Un individu prétend, par exemple, avoir tiré sur un autre étant en cas de légitime défense. Si l'on prouve que la plaie d'entrée est située dans le dos de la victime, le système de défense de l'inculpé s'écroule du coup et les circonstances impliquent un homicide volontaire. D'autre part, le coup est généralement tiré d'assez loin et si le tatouage existe, il est moins net que dans la plaie suicide. Si l'on constate des traces de rixe, du désordre dans les vêtements, des signes de défense de la part de la victime on pensera également à l'homicide.

En résumé, dire s'il s'agit bien d'une plaie suicide,

homicide ou accidentelle, est une question bien difficile, car si l'on peut affirmer qu'une blessure donnée n'est pas le résultat d'un suicide parce qu'elle n'en a pas un des lieux d'élection, on ne peut jamais dire d'une façon certaine qu'il y a eu effectivement suicide, on ne peut faire que des présomptions et dire : il est vraisemblable que la blessure soit due à un suicide. Un individu, par exemple, est trouvé mort sur un banc du Bois de Boulogne. Il présente à la tempe une plaie par arme à feu dont tous les caractères, siège, direction du coup, tatouage, fait songer à un suicide. Le médecin expert fera bien de mettre sa responsabilité à couvert en disant dans son rapport : cet homme est mort parce qu'il a reçu un coup de feu dans la tempe droite et rien, d'après l'autopsie, n'est contraire à l'hypothèse d'un suicide ; cependant il n'y a pas de raison absolue opposée à l'homicide car on peut supposer que cet individu se soit endormi et qu'un malfaiteur lui ait tiré un coup de près, ce qui produirait les mêmes lésions.

L'enquête judiciaire et l'expertise faite par un armurier devront donc corroborer et contrôler les notions fournies par le médecin.

CHAPITRE IV

ESSAI DE PATHOGÉNIE DES BLESSURES

ACCIDENTELLES PAR ARMES A FEU

Connaissant les caractères principaux des blessures involontaires par arme à feu courte, caractères qui permettent de les distinguer des plaies, suicides ou homicides volontaires, il est important d'en fixer la pathogénie.

Tout d'abord, les accidents peuvent être imputés à l'arme elle-même, à sa mauvaise qualité.

Dans les grandes armureries on vend surtout des revolvers du type Smith et Wesson et des pistolets du genre Webley et Scott, Mauser et Browning, principalement de Browning. Ces armes ont de nombreuses imitations à bon marché que l'on trouve chez les revendeurs, les brocanteurs, les tenanciers de bazars.

D'autre part, on peut faire entrer en ligne de compte la complication de l'arme. Mais savons que les pistolets automatiques, très en vogue actuellement, diffèrent des revolvers par l'absence de barillet qui est remplacé par un chargeur formant une seule pièce avec le canon. Tandis qu'avec le revolver,

le tireur peut voir combien de balles il a utilisées et combien il lui en reste, avec le pistolet automatique, genre Browning, il ne voit rien du tout. En effet, le canon C du pistolet est enveloppé par une pièce dénommée glissière G. Pour faire pénétrer la première cartouche du chargeur dans le canon de l'arme il faut saisir la glissière par sa partie cannelée entre le pouce et l'index et la tirer vivement à fond en arrière ; la cartouche pénètre alors dans la glissière qu'on abandonne à elle-même et qui revient à sa position primitive par l'action d'un puissant ressort R. L'arme est prête pour le tir, il suffit de serrer la poignée du pistolet, de presser la détente et le coup part.

Le recul provoqué par la déflagration de la première cartouche fait alors mouvoir la glissière en arrière, ce qui produit l'extraction de la douille. Le retour de la glissière amène une nouvelle cartouche du chargeur dans le canon. La glissière revient à sa position première et l'arme est de nouveau prête pour le tir. Celui-ci peut être rejeté aussi rapidement que l'on peut presser la détente et tant qu'il y a des cartouches dans le chargeur. Tout ce que le tireur doit faire, c'est de tirer et relâcher la détente. Tous ces mouvements s'exécutent avec une telle rapidité que l'œil les voit à peine.

On peut donc concevoir, à cause de la fusion pour ainsi dire intime, du chargeur avec le canon, qu'un tireur croit avoir utilisé toutes ses cartouches alors qu'il y a en encore une dans le canon, s'il ne prend

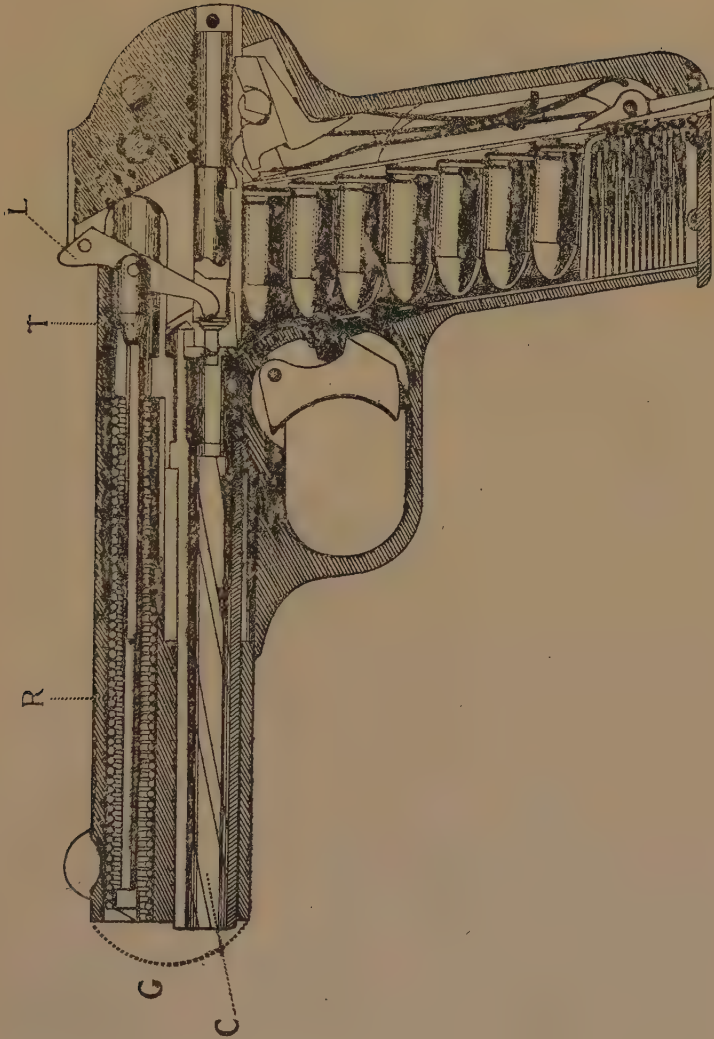


FIG. II

pas la précaution d'amener la glissière en arrière pour constater *de visu* que l'arme est vide, il peut causer les dégâts les plus grands. Par exemple, croyant son arme inoffensive et la maniant sans défiance, il risque de provoquer la percussion et s'il s'amuse, comme le cas est fréquent, à menacer quelqu'un, il peut le tuer.

Les accidents de ce genre ne sont pas très rares, on les rencontrait surtout avec les pistolets automatiques, genre Browning de 6 mm. 35, que le ministère de la Guerre belge avait mis en circulation à la suite des essais faits en 1900, et qui ne présentaient qu'une sûreté.

Le nouveau modèle de Browning du calibre 6 mm. 35 présente trois sûretés, dont deux automatiques. L'une de ces deux dernières est particulièrement intéressante. En effet, beaucoup de gens s'imaginent que pour rendre l'arme inoffensive, il suffit de retirer le chargeur. Ils ne songent pas à vérifier en tirant la glissière en arrière si le canon ne contient pas une dernière cartouche. Eh bien ! le fait seul d'enlever le chargeur cale tout le mécanisme et une pression involontaire sur la détente ne présente plus aucun danger, la cartouche restée dans le canon ne pouvant plus être percutée. Cette sûreté nouvelle agit complètement à l'insu du tireur qui n'a aucunement à s'en préoccuper dans le fonctionnement de son arme.

Ce modèle présente enfin une sûreté ordinaire, placée à gauche de la carcasse et qu'immobilise la glissière. Le pistolet ne peut plus alors être ni tiré

ni ouvert sans en avoir préalablement renversé la sûreté.

Cependant on doit toujours compter avec l'insouciance et la maladresse de bien des tireurs. Il faut savoir également que la poudre T *bis* utilisée dans les pistolets automatiques provoque souvent la rouille du canon ; l'arme ne fonctionnant alors pas bien, cela peut faire croire qu'il n'y a plus de cartouche, d'où l'explication de nombreux accidents.

On rapportait tout récemment le fait d'un agent de police de Saint-Denis, qui, attaqué par des rôdeurs, se servit de son pistolet automatique. Il tira tout juste une cartouche à blanc et la douille n'étant pas éjectée, il ne put utiliser les autres balles. Ce phénomène était probablement dû à la rouille du canon provoquée soit par la poudre I ou T, soit par la malpropreté de l'arme.

Enfin M. Gastinne-Renette, expert armurier, a démontré que le pistolet automatique Browning chargé et armé, s'il n'est pas mis à la sûreté, est exposé à partir s'il tombe d'une certaine hauteur. D'autre part, même mis à la sûreté, le choc de sa masse peut déterminer une secousse telle que le cran de la sûreté se dégage du percuteur et que la percussion de la cartouche ait lieu. Ce fait se produirait presque infailliblement lorsque l'arme tombe sur l'arrière de la crosse, le canon étant dirigé en l'air, et quelle que soit la hauteur de la chute, fût-elle inférieure à celle d'un lit et sur un parquet même recouvert de tapis. L'accident se produirait moins

souvent si le pistolet tombait sur le flanc ou sur le bout du canon.

On comprend facilement l'importance capitale qu'il y a pour le médecin nommé expert à connaître ces petits détails de construction et ces inconvénients des armes automatiques, car lorsqu'il est commis par le magistrat pour dire s'il s'agit d'une mort suicide, homicide ou accidentelle, ses connaissances purement médicales de la plaie et de son pourtour ne suffisent souvent pas pour orienter le diagnostic.

Des procès célèbres ont eu lieu, où l'on croyait fermement à un homicide alors qu'il ne s'agissait que d'un accident.

L'histoire suivante, rapportée par le D^r Socquet dans *les Annales de médecine légale* de 1904, nous en donne un exemple.

OBSERVATION DU D^r SOCQUET

Au mois de novembre 1902, un nommé R... était inculpé de meurtre sur la personne de la dame G...

Voici les faits, en quelques mots, qui permirent de poser l'inculpation de meurtre.

M^{me} G... était venue rendre visite à son ami M. R... alors alité, atteint d'une angine catarrhale. Elle se serait assise au pied du lit causant avec son ami. A un moment donné cette dame aurait demandé à son ami de lui prêter une somme de 100 francs, celui-ci aurait étendu la main vers sa table de nuit placée à droite de son lit, du même côté que la dame G...,

à l'effet d'y prendre un carnet de chèques. Cette table était assez encombrée ; par mégarde, il aurait fait tomber sur le sol un revolver placé dans une gaine non fermée ; dans la chute le revolver serait sorti de sa gaine et un coup de feu serait parti, atteignant mortellement à la tête M^{me} G...

Les explications fournies par l'inculpé parurent un peu suspectes ; une expertise fut ordonnée, à l'effet de se prononcer sur les trois hypothèses suivantes : suicide, mort accidentelle ou mort due à un fait volontaire.

Nous fûmes chargés, M. Gastinne-Renelle et moi, de procéder à cette expertise ; nous reproduisons ci-dessous les constatations que nous avons faites, lesquelles aboutirent à une ordonnance de non-lieu en faveur de M. R...

Autopsie du cadavre de la dame G...

Le cadavre est celui d'une femme de petite taille (1 m. 56), paraissant bien constituée. La rigidité cadavérique a complètement disparu et la putréfaction n'est pas commencée. A l'exception de la blessure que nous allons décrire ci-dessous, on ne constate aucune trace de violences actuellement appréciable sur les différentes parties du corps, permettant de supposer qu'il y ait eu lutte.

Les paupières de l'œil droit sont doublées d'une suffusion sanguine ; elles ne présentent aucune lésion à l'exception d'une légère érosion, très superficielle, de 2 millimètres environ de longueur, au niveau du tiers externe du bord libre de la paupière inférieure.

Pas de traces de tatouage sur la face au niveau de l'œil droit.

Le globe de l'œil est vidé ; sur la partie externe de la sclérotique, se trouve une petite plaie circulaire de 7 à 8 mil-

limètres environ de diamètre, correspondant à l'orifice d'entrée d'une balle de revolver. Cette balle a perforé la voûte orbitaire, traversé la partie antérieure de l'hémisphère cérébral droit, a fracturé le pariétal et perforé le cuir chevelu. La direction suivie par la balle a donc été oblique d'avant en arrière et de bas en haut.

Sur le cuir chevelu, l'orifice de sortie de la balle se trouve exactement à 10 centimètres au-dessus du pavillon de l'oreille droite.

Sur le pariétal droit l'orifice de sortie est circulaire et mesure 12 millimètres environ de diamètre. De cet orifice part une ligne de fracture se dirigeant en haut et venant se terminer au niveau de la bosse pariétale gauche. Deux autres lignes de fracture partent de la partie inférieure et se dirigent : l'une jusqu'à la voûte orbitaire droite, l'autre jusqu'au rocher. Sous la région droite du cuir chevelu se trouve un épanchement sanguin. L'hémisphère cérébral droit est recouvert de sang. Dans le trajet parcouru par la balle, la substance cérébrale est détruite, on y trouve quelques petites esquilles osseuses provenant de la fracture de la voûte orbitaire.

Les autres parties de l'encéphale, le bulbe et le cervelet sont sains.

Les viscères contenus dans les cavités thoraciques et abdominales sont sains.

Le chapeau que portait la victime au moment où elle a été atteinte ne présentait aucune déchirure ni aucune trace du passage d'une balle de revolver ; il faut donc admettre que la balle a dû s'arrêter dans les cheveux.

En résumé, si l'on rapproche des constatations

faites sur le cadavre de la dame G... les déclarations de l'inculpé, on constate que ces dernières ne sont pas invraisemblables et que l'hypothèse d'une mort accidentelle peut être admise. Cette hypothèse est encore rendue plus admissible par la constatation suivante: à savoir, que la balle a pénétré directement dans le globe de l'œil sans intéresser, pour ainsi dire, les paupières. La victime aurait donc été surprise par le coup de feu et non visée, car dans ce cas elle eût indistinctement fermé les paupières, et celles-ci alors eussent été perforées. Quant à l'hypothèse du suicide, il est impossible d'admettre que la victime se soit tirée un coup de revolver dans l'œil grand ouvert, et en tenant l'arme à une distance assez éloignée (25 ou 30 centimètres environ) pour expliquer l'absence de tatouage.

Enfin la direction de la balle est en faveur du coup de feu parti du sol.

Examen du revolver, par M. Gastinne-Renette, à l'effet de rechercher si l'arme saisie à conviction a pu causer la mort de M^{me} G... dans les conditions que précise l'inculpé R...

Nous avons examiné le pistolet que nous a fait parvenir M. le commissaire de police du quartier de la Porte-Dauphine.

Ce pistolet est une arme à répétition automatique du système Browning, provenant de la fabrique nationale d'armes de Herstal, près Liège. Elle est neuve et en bon état.

Lorsqu'elle nous fut soumise, nous constatâmes que la

douille vide de la dernière cartouche tirée, au lieu d'avoir été régulièrement projetée au dehors était restée engagée dans l'évidement de sortie et immobilisait le mécanisme.

Ayant enlevé cette douille, nous avons retiré les cartouches chargées restées dans l'arme, au nombre de six : le magasin contenant sept cartouches, une seule avait donc été utilisée.

Pour faire usage de ce pistolet, la manœuvre est la suivante :

1° Sortir le magasin logé dans la poignée et le garnir de cartouches ;

2° Replacer le magasin ;

3° Tirer en arrière la partie supérieure du pistolet formant glissière et la laisser revenir par l'action du ressort.

Ce mouvement fait passer une cartouche du magasin dans le canon et arme la platine ;

4° Appuyer sur la détente pour faire feu.

Lorsque l'arme fonctionne normalement, le coup, en partant, actionne automatiquement le mécanisme par l'effet du recul, l'étui de la cartouche tirée saute au dehors, une nouvelle cartouche se place d'elle-même dans le canon et la platine est réarmée. Il n'y a qu'à presser la détente pour produire une nouvelle décharge et ainsi de suite jusqu'à l'épuisement du magasin.

Nous ferons ici tout particulièrement observer qu'après le mouvement de traction en arrière de la glissière, le pistolet est chargé et armé sans que rien de bien apparent le montre à l'extérieur.

Si on veut le conserver ainsi, il est prudent de mettre la sûreté en faisant fonctionner un petit levier qui existe sur le côté gauche de la monture, sinon un départ accidentel

est à appréhender, soit par l'effet d'une pression inconsidérée de la détente, soit par une cause quelconque.

Pour rendre à nouveau l'arme prête à faire feu, il suffit de déplacer en sens inverse le petit levier de sûreté, opération qui se fait très aisément, même en cas de surprise, avec le pouce de la main droite qui saisit l'arme.

Ces détails, un peu longs peut-être, sur les particularités du pistolet, devaient être donnés pour nous permettre de discuter la version de l'inculpé.

Suivant cette version, R... se trouvait dans son lit, étendu sur le dos, ayant à quelque distance à droite, la table de nuit.

Du même côté, assise sur le pied du lit, se tenait M^{me} G... tournant les yeux vers un point imaginaire entre la table de nuit et le lit.

Sur cette table de nuit assez encombrée, se trouvaient, avec divers autres objets, un carnet de chèques ; sans se relever complètement sur son séant, R... a, dit-il, fait tomber par mégarde le pistolet qui se sera en même temps séparé de sa gaine. Un coup est parti et M^{me} G... a été mortellement frappée à la tête.

Cette explication de la chute inattendue de l'arme peut être assurément admise étant donné le désordre qui régnait sur la table de nuit et la difficulté d'y atteindre quoi que ce fût, par suite de l'éloignement de ce petit meuble ; mais deux points plus importants sont à examiner :

1^o La chute de l'arme de la table de nuit sur le parquet recouvert d'un tapis, comme celui de la chambre où le drame s'est accompli, suffisait-elle à faire partir le coup ?

2^o Un départ accidentel étant admis, la direction de la

balle a-t-elle pu concorder avec le trajet reconnu dans la tête de la victime, du projectile qui l'a tuée ?

I. — Nous avons dit que le pistolet chargé et armé est exposé à partir accidentellement, s'il n'est pas mis à la sûreté, dans des circonstances plus ou moins probables, mais qui peuvent se présenter : la chute de l'arme est une de ces circonstances.

Le pistolet, avec son magasin garni de cartouches, représente un poids de 685 grammes.

Le choc sur le sol d'une masse semblable, tombant d'une certaine hauteur, détermine une secousse qui peut être suffisante pour que le cran du percuteur se dégage du bec de la gâchette et que la percussion de la cartouche ait lieu. Nous nous en sommes convaincu par des expériences multipliées. De plus, dans les tentatives que nous avons faites pour produire à volonté ce résultat, nous avons reconnu que le coup ne partait que de temps à autre si le pistolet tombait sur le flanc ou sur le bout du canon, alors qu'il partait infailliblement lorsque l'arme tombait sur l'arrière de la crosse, le canon en l'air, tombât-elle sur un parquet couvert d'un tapis et d'une hauteur moindre que celle d'une table de nuit.

La direction prise par le canon était alors des plus dangereuses pour les personnes qui se fussent trouvées à proximité.

Les expériences, faites d'abord avec des cartouches amorcées seulement, ont été répétées ensuite, toutes précautions prises, avec des cartouches chargées complètes.

Nous avons fait alors une constatation assez singulière.

Si l'arme a été tirée à la main pour en vérifier le fonctionnement, l'extraction et l'éjection des culots de cartouches

se sont parfaitement faites, tandis que, au contraire, lorsque nous avons laissé tomber le pistolet pour le faire partir, l'extraction ne s'est jamais opérée régulièrement : ou le culot restait dans le canon, ou il se prenait entre la glissière et les bords de l'évidement de sortie, exactement comme nous l'avions remarqué en décrivant l'arme à son arrivée entre nos mains.

Ce petit détail est, par conséquent, à relever comme étant à l'appui de l'hypothèse du départ accidentel de l'arme, en tombant.

Nous pensons donc qu'il suffisait que l'arme tombât dans certaines conditions pour que le coup pût partir.

II. — D'après les constatations de M. le Dr Socquet, M^{me} G... a été atteinte, dans l'œil droit tout grand ouvert, par une balle qui a traversé le cerveau et percé le crâne suivant une direction oblique de bas en haut, formant approximativement avec le plan de l'axe vertical de la tête un angle de 45 degrés.

Il eut été intéressant de retrouver dans la pièce la trace que cette balle aurait pu laisser après être passée au travers de la tête de la victime, et de se rendre ainsi compte, dans une certaine mesure du point d'où le coup était vraisemblablement parti.

Malheureusement, le projectile auquel l'os du crâne a opposé une résistance exceptionnelle, si l'on en juge par sa déformation, a dû rester dans les cheveux de la victime ou dans les postiches qu'elle portait et s'égarer ensuite. Il a été retrouvé sur la cheminée à côté de boutons de chemises et de manchettes en métal blanc avec lesquels son enveloppe brillante de nickel l'avait fait sans doute confondre et réunir.

A défaut de tout autre moyen de vérification, nous pouvons reconnaître néanmoins que la direction prise par la balle, en traversant la tête de M^{me} G..., peut très bien se concilier avec l'hypothèse d'un coup parti du sol, surtout si l'on considère que cette dame a dû regarder instinctivement l'objet qu'elle voyait tomber et se tourner vers lui.

Les conclusions de notre expertise sont les suivantes :

1^o L'examen du pistolet de R..., les expériences faites pour déterminer les circonstances dans lesquelles le pistolet peut accidentellement faire feu, permettent d'admettre la version de l'inculpé qui attribue à la chute de l'arme le départ accidentel du coup qui a tué M^{me} G...

2^o La direction suivie par la balle en traversant la tête de la victime peut se concilier avec l'hypothèse d'un coup parti dans les conditions indiquées par R...

Cette observation prouve donc d'une façon péremptoire que dans certaines conditions le pistolet automatique peut être invoqué comme cause de mort accidentelle. Ce fait a été suivi d'autres. L'observation I que nous avons résumée dans notre second chapitre pour montrer le siège de la blessure et le trajet suivi par le projectile, est relative à un individu tué accidentellement par un pistolet genre Browning. Il s'agit d'un Italien de trente et un ans qui, de passage à Paris en février 1911, s'empressa d'aller chercher les faveurs d'une péripatétitiennne des environs de la Bastille. Cette femme voyant qu'au bout d'un certain temps, il ne pouvait pas se montrer à la hauteur de la tâche qu'il s'était

proposée, le renversa d'un revers de main, sur le bord du lit. Il avait un pistolet dans sa poche. La chute et le poids du corps suffirent à faire partir le coup. La femme fut inculpée d'homicide. L'enquête médico-légale démontra qu'il s'agissait en réalité d'un accident. En effet, le projectile ayant pénétré par le côté gauche de la région lombaire pour aller intéresser, en suivant un trajet ascendant, la rate, l'estomac, l'aorte, les muscles du cou et venir se loger derrière l'oreille, il était peu vraisemblable d'admettre un homicide volontaire. Il y eut une ordonnance de non-lieu.

Dans certains cas il semble même que la chute de l'arme ne soit pas nécessaire pour produire la percussion de la balle. L'observation III de notre second chapitre est celle d'un voleur tué accidentellement par l'agent qui l'arrêtait. La présence sur son cadavre d'éraflures au niveau de la main droite et d'ecchymoses sur le bras gauche impliquent que l'individu a dû sérieusement se débattre dans les mains du policier. D'ailleurs la version de ce dernier qui déclara avoir tiré accidentellement au moment où, tenant le voleur par la main gauche, celui-ci cherchait à se sauver, est parfaitement corroborée par le trajet du projectile qui suivit une marche ascendante en pénétrant derrière l'oreille droite pour aller intéresser le lobe temporal puis pariétal de l'hémisphère droit et frapper la voûte du crâne. Des mouvements de va-et-vient imprimés brusquement à l'arme, comme ceux que l'on peut produire lorsqu'on est en proie à une certaine émo-

tion, suffisent donc pour déclancher le coup et produire l'accident.

Très souvent l'accident est le fait non de l'arme mais de son propriétaire. Bien des gens, en effet, rangent leur pistolet avant d'avoir vérifié, en retirant la glissière, l'état du canon.

D'autres fois il s'agit d'une imprudence nettement coupable, un individu prêtant son pistolet qu'il croit inoffensif à un de ses amis et celui-ci visant un camarade. Ce fait a été observé fréquemment : tel le cas de ces deux individus qui enfermèrent une fille de quatorze ans dans une chambre et non contents d'être arrivés à leurs fins, s'amusèrent à la menacer et la tuèrent ; tel le cas également d'un individu de quarante ans qui succomba à une fracture du crâne avec hémorragie méningée, produite par le passage à travers le crâne d'un projectile tiré avec un pistolet Browning dont le menaçait, en plaisantant, un de ses amis qui croyait son arme non dangereuse parce qu'il en avait enlevé le magasin.

Enfin il faut incriminer non seulement l'imprudence, mais les tares et vices héréditaires du sujet lui-même. On n'a pas oublié le tragique fait divers du mois de décembre dernier : Une certaine dame P... obéissant à une idée fixe et en proie à une sorte de délire, d'excitation, achetait un pistolet chez un armurier parisien et tuait son mari et une de ses parentes. Il est évident en effet qu'un alcoolique, un individu atteint de débilité mentale et incapable de

mettre un frein à ses impulsions, est très dangereux pour son entourage quand il possède un revolver et que la société a le droit de se mettre à l'abri de ses fantaisies.

PROPHYLAXIE. -- CONCLUSIONS

Dans tout ce travail, nous avons essayé d'esquisser à grands traits les caractères principaux des blessures involontaires par armes à feu courtes, revolvers et pistolets et nous avons montré que souvent, par un hasard bien malheureux, elles étaient très graves et même mortelles, par la multiplicité et l'importance des organes lésés.

Au point de vue médico-légal, les blessures accidentelles soulèvent un problème diagnostic très délicat avec l'homicide. Bien souvent, en effet, quand une mort accidentelle a eu lieu par revolver ou pistolet, il n'y a pas eu ou il n'y a eu qu'un seul témoin et l'opinion publique est généralement portée à croire qu'il y a eu meurtre. On voit donc la lourde tâche du médecin expert qui est chargé de débrouiller une affaire aussi importante. En plus des caractères généraux du suicide, de l'homicide, il devra se baser sur ceux des blessures accidentelles que nous venons d'établir, à savoir :

- 1° La gravité très fréquente de la blessure ;
- 2° La direction généralement latérale, oblique du coup tiré ;

3° La porte d'entrée du projectile qui est surtout la tête et la poitrine, moins fréquemment les membres ;

4° L'absence presque générale de tatouage parce que le coup est rarement tiré à bout portant ;

5° La multiplicité des organes lésés.

Au point de vue social, l'étude des blessures involontaires par armes à feu courtes peut provoquer la naissance d'une législation qui peut avoir des conséquences industrielles très grandes. Chez nous, en effet, le commerce des armes est entièrement libre et tout individu peut acheter chez n'importe quel armurier le pistolet ou le revolver de son choix, et ce commerçant n'est pas tenu de lui demander son nom et ses qualités. Si cette liberté engendre ou favorise des crimes, si elle est la cause évidente de blessures involontaires, sur qui équitablement peut-on en rejeter la responsabilité ? Point n'est besoin de faire ressortir l'intérêt considérable qui se dégage de ces faits : il y a là toute une législation nouvelle à créer.

On ne peut songer, en effet, à appliquer l'ordonnance du 28 mars 1728 ; elle est véritablement désuète et édicte des pénalités peu en rapport avec nos mœurs actuelles.

Sans imiter les autres pays comme l'Angleterre, l'Allemagne, la Hongrie, les États-Unis d'Amérique, il est permis d'arriver à une réglementation sensée du port d'armes. Nous proposerons donc les solutions suivantes :

1° N'employer que des armes de bonne qualité,

inoffensives pour le tireur. Pour cela, monopoliser la vente et la fabrication des pistolets, revolvers. Interdire rigoureusement toute vente d'armes par les brocanteurs, les tenanciers de bazars et les revendeurs ;

2° Interdire aux armuriers agréés par l'État de vendre une arme quelconque, pistolet ou revolver, à un individu, s'il n'est muni : 1° d'un certificat du commissaire de police attestant qu'il est honnête homme ; 2° d'un certificat médical prouvant qu'il est sain d'esprit ;

3° Numérotier toutes les armes. Tenir un registre établissant rigoureusement le nom, l'adresse et les qualités de l'acheteur ainsi que le numéro de l'arme.

Telles sont les considérations que nous a suggérées cette étude. Elles nous paraissent absolument logiques. Il est inadmissible, en effet, que le revolver et le pistolet « véritables poisons d'acier » ne soient pas assimilés aux toxiques comme la strychnine et la digitale que le pharmacien ne peut délivrer sans une ordonnance signée d'un médecin responsable et patenté.

Vu : le Président de la thèse

THOINOT

Vu : le Doyen,

LANDOÛZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Archives internationales de médecine légale, année 1912.
- BALTHAZARD. — Précis de médecine légale.
- BRIAND et CHAUDÉ. — Traité de médecine légale, 1880.
- BROUARDEL. — Blessures et accidents du travail, 1906.
- CASTAING. — Étude médico-légale sur les caractères extérieurs des blessures produites par les revolvers. Thèse de Bordeaux, 1893.
- CORIN. — Sur les déterminations de la distance dans les cas de blessures par armes à feu (Annales de la société de médecine légale de Belgique, 1898).
- DESFOSSÉS. — Étude médico-légale sur les blessures par revolver. Thèse de Paris, 1886.
- DEVERGIE. — Traité de médecine légale théorique et pratique, t. II, 1852.
- GÉRARD. — Étude médico-légale sur les armes à feu courtes (pistolets et revolvers). Thèse de Nancy, 1905, 1906.
- HOFFMANN. — Atlas manuel de médecine légale. Édition française par Ch. Vibert, 1899.
- LACASSAGNE. — Vade-mecum du médecin expert.
- LACASSAGNE et THOINOT. — Vade-mecum du médecin expert, 1911.
- LEGLUDIC. — Notes et observations de médecine légale.
- NOAILLES. — Contribution à l'étude médico-légale des plaies par armes à feu (fusils de chasse et armes à feu courtes). Thèse de Paris, 1911.
- PERRINEAU. — Étude comparative chirurgicale et médico-légale des lésions produites à travers les tissus par

les balles de petit et moyen calibre des armes de poche. Thèse de Paris, 1901.

POIX. — Étude médico-légale sur les plaies d'entrée par coup de revolver. Thèse de Lyon, 1885.

Presse médicale, années 1909, 1910, 1911. Articles « coups de feu ».

RIVIÈRE (II.-F.), FAUSTIN-HÉLIE et PONT (Paul). — Code français et lois usuelles.

Revue de médecine légale, année 1906.

ROMANT. — Les Plaies d'entrée par armes à feu courtes (revolver). Données nouvelles. (Revue critique médico-légale). Thèse de Montpellier, 1908.

Statistiques de la criminalité.

TOURDES. — Article « blessures par armes à feu » du Dictionnaire des sciences médicales.

VIBERT. — Précis de médecine légale, 1911.

